LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique chirurgicale : Un cas de guérison de fièvre puerpérale. — Remarque sur le traitement, par le Dr G. Branthomme, 581 — **Médecine mentale** : Quelques réflexions sur le traitement des aliénés dans les asiles, 583. — **Revue de la presse** : Embolie de l'artère centrale de la rétine dans la varicelle, 584. — Rupture du pancréas et bicyclette, 584. — **Académie de médecine** : *Séance du 1er septembre.* — Présidence de M. Hervieux, 584. — Obsèques de M. Lagneau, 584. — La variole à Marseille, 584. — **Congrès français de médecine**, 584. — Troisième session tenue à Nancy du 6 au 11 août 1896, 585. — Le pronostic des albuminuries, 585. — Sur quelques cas de nucléo-albuminurie pure, 586. — Bains d'air chaud dans l'albuminurie, 587. — Traitement du rhumatisme par les applications locales de salicylate de méthyle, 587. — Application des rayons Rontgen aux sciences médicales, 587. — L'angine de poitrine brightique, 588. — Un cas de réinfection syphilitique, 588. — Evolution de la fièvre typhoïde, 588. — Traitement de la fièvre inte mittente parfaite à quinine, à rechutes, à transformation et à dégradation successive des types, chez les enfants, 589. — L'influence de la menstruation sur l'excrétion de l'acide urique, 589. — **Memento pratique** : Noix vomique et strychine chez les enfants, 589. — **Intérêts professionnels** : Projet de code déontologique, 590. — **Variétés** : Le banquet Gibert, 592. — **Nouvelles**, 594.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Un cas de guérison de fièvre puerpérale. — Remarques sur le traitement

Par M. le Dr G. Branthomme

de Noailles (Oise)

Mme P., de Noailles, 21 ans, primipare, accouche très péniblement après application de forceps le 26 février 1896. Une heure après l'accouchement, la délivrance ne sortant pas, je procède au décollement du placenta et le fais suivre d'une injection intra-utérine.

Tout va bien quand le 1er mars on constate au thermomètre une température de 39°. Les injections intra-utérines sont aussitôt données à raison de 4 par 24 heures et de 4 litres chacune, puis augmentées de façon à rendre l'irrigation utérine presque continue.

Le 4 mars un curettage est pratiqué. Ce curettage ne ramène aucun débris placentaire; les fragments évacués n'ont aucune mauvaise odeur.

Les lochies à aucun moment ne présentent de fétidité.

Le lendemain matin la température est tombée de 40° à 38°, mais le soir elle remonte à 39° et le lendemain 6 mars à 40°5. Rate tuméfiée; nouveau curettage. La température monte à 41° et se maintient entre 41°3 et 40.

Diarrhée fétide, ventre un peu ballonné, peu sensible; teint cireux, prostration très grande.

Le 8 la température tombe le soir de 41° à 39, le pouls est régulier, à 130, mais petit. Injection sous-cutanée de 250 grammes de la solution suivante dont 140 à la même place : eau distillée bouillie 1000, chlorure de sodium 7.

L'état est tel en effet qu'il est considéré comme désespéré. Toutes les heures 1/2 une injection d'huile camphrée est pratiquée. Le lendemain matin l'état paraît meilleur; mais le soir la température est de 37,5, avec adynamie profonde, petitesse du pouls. Injection de 60 gr. de la solution saline. Le lendemain nous provoquons des phlegmons à l'avant-bras droit et aux deux jambes par des piqûres d'essence de térébenthine.

La température remonte à 39.5 le lendemain. Ce jour là, ayant pu avoir du sérum antistreptococcique de Marmoreck nous en injections 20 centimètres cubes. Nouvelle injection de 20 centimètres de sérum de Marmoreck, le lendemain. A ce moment et sur la recommandation expresse du Dr Marmoreck, nous cessons toute injection intra-utérine et même intra-vaginale, nous contentant de soins extérieurs.

La deuxième piqûre de sérum seule donne lieu localement à une petite rougeur érysipélateuse, mais elle disparaît trois jours après.

A la suite, sommeil assez calme, la température est de 39°4 le soir, la diarrhée diminue, la malade se sent un peu mieux, elle a conscience que ses jambes peuvent remuer; le lendemain nous ouvrons après anesthésie locale à la cocaïne un des trois phlegmons.

Le 12, ouverture des phlegmons des jambes.

Le 13 mars, la face devient moins cireuse, l'appétit revient un peu.

Le 14 mars, le pouls toujours à 130 descend le lendemain à 110. Pas de diarrhée.

Le 16, l'albumine dans l'urine disparaît, douleur rhumatoïde dans le flanc gauche.

Le 18, faciès toujours cireux.

Le 19, les phlegmons pansés tous les 2 jours ne présentent plus aucune suppuration, le foie dépasse les fausses côtes d'un travers de doigt, il est douloureux à la pression.

Le 23, sulfate de quinine à deux heures de l'après-midi contre la fièvre vespérale. Elle ne produit aucun effet.

Le 27, arthralgie dans le coude droit.

Le 28, on fait une injection de sérum de 20 centimètres cubes.

Le 29 mars, pouls 80.

Le 30 mars, la langue redevient humide, l'appétit renaît, la face prend une teinte meilleure, la malade se trouve mieux.

Les douleurs que la malade vient d'éprouver à l'épaule droite, au coude et à l'épaule gauches, disparaissent. Les plaies des phlegmons commencent à se fermer et, le 15 mai, la patiente est entièrement guérie.

L'observation que nous présentons est intéressante à plus d'un titre, non pas au point de vue de la maladie qui s'est déroulée avec ses symptômes et sa marche ordinaires, mais à cause du traitement.

A ce point de vue, nous pouvons dire qu'elle a été pour nous pleine d'enseignements.

Nous ne nous étendrons pas sur le diagnostic qu'on devait faire au début avec la dothiénentérie à laquelle nous a fait songer la tuméfaction de la rate. L'invasion soudaine, l'absence de tout autre signe que cette splénomégalie, devaient faire écarter de suite cette idée.

Le traitement a été d'abord le traitement classique, celui décrit par Pinard, il n'y a pas très longtemps. Injections intra-utérines antiseptiques, devenues ensuite aussi peu discontinuées que possible ; puis, devant la gravité de la situation, un curettage minutieux et soigné de toute la cavité utérine, rendu par moments difficile à cause de l'inflexion de la matrice en son milieu, inflexion qui pourrait quelquefois en imposer pour le fond de la matrice elle-même.

L'absence de toute lochie fétide nous avertissait *a priori* que nous ne ramènerions pas de l'utérus de débris infectes. Nous l'avons fait pour ne rien omettre, préférant le plus au moins.

L'abaissement de la température après le premier curettage nous donnait une lueur d'espoir déçu déjà le soir même, et le lendemain, devant la reprise de la fièvre, nous exécutions un deuxième curettage. Il semble que cette nouvelle intervention ait été défavorable à la malade dont la température atteint le lendemain soir son maximum : 41°,3. Il n'existait donc pas, ou plutôt il n'existait plus d'infection utérine. Celle-ci était généralisée à toute l'économie et ensuite il nous fut impossible de déceler une localisation.

C'est alors que nous assistons le 9 mars à une chute brusque de la température de 41°,1 à 39° ; avec cela le pouls est petit, sueurs froides, adynamie, nous recourons aux injections de solution saline (1), celles-ci sont pratiquées sous la peau et nous pouvons injecter 140 cc. sans inconvénient par une seule piqûre.

En même temps on pratique toute les heures 1/2 une piqûre de 1 centimètre cube d'huile camphrée à 1/10.

Ces injections répétées nous ont en effet réussi toutes les fois que nous avons eu à combattre des dépressions, aussi bien du cœur que du système nerveux.

Le lendemain, bien que la température soit remontée, la malade se sent mieux, mais le soir, les mêmes phénomènes de collapsus que la veille s'étant reproduits, nous les combattons par des moyens identiques et encore avec succès.

Aucune injection d'huile ni de solution saline n'a donné lieu à un abcès.

Le 10, la situation me paraissant absolument critique, je provoque la formation d'abcès par des injections d'essence de térébenthine. Ces abcès m'ont permis de sauver il y a 2 ans une jeune malade atteinte de fièvre puerpérale (2).

A la suite de ces injections la température monte ainsi que je m'y attendais ; mais le lendemain je puis injecter à 2 reprises 20 centimètres cubes de sérum.

La courbe de la température montrera l'influence immédiate de ce sérum. Confiant dans ce premier résultat, j'ouvre les abcès provoqués par moi le deuxième et troisième jours qui suivent leur formation, leur laissant trop peu de temps pour qu'ils aient pu avoir une efficacité complète.

Dès lors la température, qui a beaucoup baissé, présente encore un peu d'élévation le soir, quoique la suppuration des phlegmons soit presque tarie. Outre une douleur au niveau du foie en même temps qu'un peu de gonflement de cet organe, je ne trouve rien d'anormal.

Le sulfate de quinine reste sans effet ainsi que le calomel, une nouvelle injection de 20 centimètres cubes de sérum de Marmoreek vient facilement à bout de la fièvre qui persistait. Ce fait confirme d'une manière éclatante l'influence primordiale du sérum sur la défervescence.

Quoi qu'il en soit, la malade jouit actuellement d'une excellente santé.

---

(1) Pour nous conformer au désir exprimé à bon droit par Charrin et Chauveau, nous nous gardons de qualifier ce liquide du nom de sérum artifi iel.

(2) Voir pour cette observation la *Revue de médecine*, 10 avril 189[illegible] sur 3 cas d'abcès provoqués

Nous avons tenu à rapporter ce cas parce que nous avons mis en œuvre plusieurs procédés thérapeutiques importants et précieux :

Injections utérines continues;

Injection de solution saline;

Injections très nombreuses d'huile camphrée, formation d'abcès;

Injections de sérum antistreptococcique de Marmoreck.

Procédés dont les indications se trouvent par nous mieux déterminées.

Si pareil cas se reproduisait, en l'absence de lochies fétides et devant une température si élevée sans aucune espèce de localisation, nous n'attendrions pas pour injecter du sérum de Marmoreck ou au besoin pour faire le *lavage du sang*.

Bien que ce dernier fût connu au moment où nous soignions notre malade, nous n'avons pas osé le pratiquer dans le milieu où nous nous trouvions, privés de toute instrumentation pour cet usage; surtout nous n'avions pas la conviction qu'ont mise en nous les récentes communications faites à ce sujet aux diverses sociétés savantes.

MÉDECINE MENTALE

Quelques réflexions sur le traitement des aliénés dans les asiles (1)

Par le Dr Lapointe, d'Auxerre

Dans son travail si intéressant sur l'internement et le traitement des aliénés dans les asiles (2) l'honorable Dr Garnier, médecin en chef de l'infirmerie spéciale de la préfecture de police, envisage à ce dernier point de vue l'utilité du travail. Notre savant confrère, en raison du cadre qu'il s'était tracé, n'a pu qu'effleurer se sujet; c'est pourquoi j'ai cru devoir y ajouter les quelques réflexions suivantes :

La thérapeutique ordinaire dans un asile d'aliénés se réduit en général à peu de chose, et je ne doute pas que, sous ce rapport, la plupart des aliénistes ne partagent cette manière de voir.

Mais il existe une autre thérapeutique ; qui jouit à mes yeux d'une haute importance. C'est celle qui consiste dans ce que l'on peut appeler le traitement moralisateur, ou mieux esthétique, je ne dirai pas de l'aliénation mentale, mais des aliénés que l'asile renferme.

Elle comprend les moyens les plus variés, et ceux-ci se résument dans l'impulsion tout entière imprimée à l'institution hospitalière, et dans un ordonnancement tel de son fonctionnement, qu'il puisse en résulter pour les intéressés des conditions d'existence qui se rapprochent, dans la mesure du possible, de celles de la vie ordinaire.

Mais il ne faut pas l'oublier, l'anormal dans l'anormalité même est la règle en ce qui concerne les aliénés. Il faut donc, en ce qui les touche, voir les choses par la froide observation, sans parti pris, et en dehors de toutes conceptions systématiques.

Pour ne parler que du restraint comme moyen de traitement, on peut croire qu'il s'imposera toujours et que les murs d'un asile bien compris ne tomberont jamais complètement, parce que les attitudes pathologiques qui relèvent de la folie varient singulièrement entre elles, et que ce dont peuvent être affranchis les uns se montre indispensable pour les autres.

Je me hâte d'ajouter que le restraint, de bon droit même, a bien changé et qu'il consacre aujourd'hui le plus beau succès de la thérapeutique des aliénés, par le renoncement à la rigueur des moyens d'autrefois.

La pratique déjà ancienne s'applique à scinder par groupement leur population. Elle soumet les uns au restraint parce qu'elle ne peut faire mieux; et sans le supprimer, elle le relâche pour d'autres. A de plus dirigeables, elle accorde une liberté relative à l'établissement même, en les occupant aux soins d'intérieur, dans des ateliers, ou des terrains annexes, où ils mettent à profit des habitudes acquises.

Pour d'autres enfin, dont la raison n'est plus que vacillante et tend à reprendre ses droits, ou dont l'état mental est comme cristallisé dans une forme devenue désormais immuable, le restraint tombe et se dépouille de toutes ses manifestations extérieures. C'est alors qu'un nouveau groupement se fait avec le plus grand avantage dans de nombreux asiles déjà, sous forme de colonies agricoles, qui en sont isolées et plus ou moins distantes. C'est là le modèle d'hospitalisation d'une catégorie délimitée d'aliénés; ils y travaillent dans leur intérêt propre et dans celui de l'établissement tout entier.

Au résumé, c'est dans le travail que se confond la thérapeutique par excellence des aliénés.

Le travail, et surtout le travail au grand air, a pour effet de relever l'état physique des malades et de reculer jusqu'à la dernière limite la déchéance finale. S'il ne guérit pas toujours, on peut dire qu'il fait naître des habitudes régulatrices, qui suppléent souvent à l'entendement qui n'existe plus.

La tâche du médecin d'asile est donc bien définie elle doit consister avant tout à faire application de ce grand moyen thérapeutique. Mais il faut dire qu'elle n'est pas facile, et que pour le mettre à profit, il est nécessaire de conseiller souvent, de diriger sans relâche, et d'insister toujours.

(1) Communication au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Nancy.

(2) Voir *France médicale*, n° 33, p. 540.

REVUE DE LA PRESSE

Embolie de l'artère centrale de la rétine dans la varicelle. — Un médecin militaire anglais, le Dr E. C. Long a publié dans *The Lancet* (12 oct. 1895, p. 913), l'observation d'un Bosuto vigoureux, âgé de 22 ans et employé par le gouvernement comme courrier. Cet homme n'avait aucun antécédent morbide; ses quatre frères et ses deux sœurs se portaient également bien. Le 10 juin, en retournant chez lui après son service ordinaire, il se plaignit de mal de tête et remarqua qu'il avait le corps couvert de boutons. La varicelle existait alors dans le camp à l'état d'épidémie. Le lendemain matin, en faisant sa toilette, il remarqua qu'il n'y voyait pas de l'œil droit et se présenta à la consultation de l'hôpital du Gouvernement. L'examen ophthalmoscopique montra qu'il s'agissait d'une embolie de l'artère centrale de la rétine droite. Il y avait de chaque côté une hypermétropie de 2,75 D. Trois jours après, le nuage blanc qui d'abord recouvrait les vaisseaux sur le pourtour de la papille avait disparu et les vaisseaux apparaissaient très nettement. Les veines étaient beaucoup plus larges vers la périphérie, la tache jaune paraissait plus petite et l'anneau blanc qui l'entoure s'étendait également dans toutes les directions; tout le fond de l'œil paraissait plus pâle. Un certain nombre des croutelles de l'éruption varicellaire sont tombées et on observe quelques nouvelles vésicules.

Le nuage disparaît graduellement et, le 4 juillet, on note l'état suivant: les bords de la papille sont nets, celle-ci est plus pâle et les artères sont bordées d'un liseré blanc. La macula donne l'apparence d'une tache rouge sur fond blanc, ce blanc très réfringent offre une apparence presque métallique. Le malade continue à être tout à fait aveugle de cet œil.

Ce cas est intéressant, en ce sens qu'il est survenu chez un jeune sujet simplement atteint de varicelle. Un examen attentif n'a pu montrer chez lui aucun trouble, soit du côté du cœur, soit du côté des reins. Le seul fait que l'on puisse rattacher comme cause possible à cette embolie, c'est que la veille au soir cet homme avait fait trente milles à une température de 6° au-dessous de zéro.

Rupture du pancréas et bicyclette. — Un accident peu commun de la bicyclette est rapporté par le Dr B.-F. Hadra de Saint-Antoine (Texas), dans le *New-York Medical Record* du 18 juillet. Il s'agit d'un jeune cycliste de 9 ans qui, en descendant une pente, se heurta la poignée du guidon contre l'épigastre. Il s'évanouit, vomit, mais revint à lui rapidement. Cinq heures après, il commença à souffrir de violentes douleurs, qui furent calmées par des opiacés. Il s'améliora lentement, mais sans reprendre son état de santé antérieur. Il éprouvait surtout un appétit excessif et bizarre, par exemple il voulait manger six ou huit œufs durs, mais détestait le sel. Au bout de trois semaines environ, sa mère remarqua une grosseur au niveau de l'épigastre. Le Dr Watts l'examina et sentit derrière l'estomac une accumulation de liquide, qui plus tard forma une saillie prononcée avec des bords très nets; la matité s'étendait du côté droit jusqu'à l'angle de la neuvième côte ; à gauche elle dépassait le bord inférieur du thorax, se continuant avec la matité du foie et de la rate. Le colon transverse était cependant facile à reconnaître. Entre lui et l'estomac il y avait une zone de matité large d'un pouce environ. Le thermomètre marquait entre 98°8 et 99°2 Fahrenheit. On diagnostiqua une rupture du pancréas avec épanchement de liquide dans la cavité du petit épiploon. Le Dr Watts fit dans la paroi abdominale une incision entre l'estomac et le colon transverse. Il donna ainsi issue à un quart de litre d'un liquide clair et limpide, ressemblant à du blanc d'œuf et sans aucune trace de sang. La paroi interne du sac était lisse, brillante et paraissait constituée par la couche endothéliale de la petite cavité de l'épiploon. Le liquide était alcalin et contenait du sucre. Il y eut un ou deux accrocs pendant la convalescence; mais à la fin le petit malade guérit parfaitement, bien qu'il restât une légère menace de hernie ventrale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er septembre 1896. — Présid. de M. Hervieux

Obsèques de M. Lagneau. — M. Cadet de Gassicourt lit, au nom de M. J. Bergeron le discours prononcé par celui-ci au nom de l'Académie, sur la tombe de Lagneau.

La variole Marseille. — M. le Secrétaire perpétuel lit, de la part de M. le Dr Flayssières, maire de Marseille, une lettre adressée aux membres de l'Académie de médecine. M. Flayssières proteste contre la partie du rapport sur la vaccine de M. Hervieux ayant trait à la variole dans la ville de Marseille.

Un service municipal de vaccine à la génisse fonctionne très régulièrement à Marseille plusieurs fois par semaine et il est gratuit.

Un service municipal de désinfection, calqué sur celui de Paris, fonctionne à Marseille depuis 1893.

Il y a de même un service de transport des malades dans les hôpitaux.

Il n'y a pas actuellement à Marseille d'épidémie et la mortalité cette année est inférieure à la moyenne.

M. Hervieux répond par des chiffres en donnant la mortalité par variole à Marseille pendant les trois dernières années. Il s'est appuyé uniquement sur cette statistique pour démontrer que la ville de Marseille se trouve dans des conditions qu'on peut considérer comme un danger non seulement pour Marseille, mais pour tous les points avec lesquels Marseille est en rapport.

Marseille peut triompher des mauvaises conditions dans

lesquelles elle se trouve maintenant. Il faudrait pour cela développer et régulariser les services de vaccine, d'isolement et de désinfection et s'occuper de l'assainissement de la ville. Il faudrait imposer la vaccination obligatoire et la déclaration obligatoire des maladies contagieuses.

Malheureusement Marseille est envahie par un nombre considérable d'Italiens qu'on évalue à plus de cent mille et qui, dans une situation de fortune généralement précaire, sont très mal logés dans des espaces beaucoup trop restreints.

La vaccine animale n'a été établie à Marseille que le 5 novembre dernier et le service des vaccinations a été ralenti tandis que le chiffre des décès augmentait.

M. Flayssières dit que dans le cours de cet été la mortalité a été inférieure à la moyenne ; en tout cas aux mois d'avril, mai et juin la mortalité était encore très considérable.

A 3 h. 55, la séance est levée.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

Troisième session tenue à Nancy du 6 au 11 août 1896

Le pronostic des albuminuries (*Suite de la discussion*).

M. Teissier, de Lyon. Je désire insister surtout sur le pronostic des albuminuries à signification douteuse, fonctionnelles ou intermittentes, dont la valeur prête encore à tant de discussions et, à ce propos, insister surtout sur ces trois points : 1° Valeur pronostique des albuminuries intermittentes ; 2° Valeur pronostique de l'albuminurie du diabète ; 3° Quelques considérations qui en découlent au point de vue des assurances sur la vie et du mariage.

Albuminuries intermittentes. — Et d'abord, je voudrais qu'on mît fin à la confusion qui a trop longtemps duré au sujet de l'albuminurie dite physiologique. C'est un mauvais mot : « Toute albuminurie est physiologique, même la brighthique » (la pathologie est la physiologie du malade) Disons simplement que le médecin peut se trouver en présence : (a) d'une albuminurie fonctionnelle ; (b) d'une albuminurie organique. Voilà le point essentiel au point de vue pratique, quelle que soit l'idée qu'on se fasse de l'état du parenchyme rénal.

L'idée de l'albuminurie fonctionnelle est une notion nécessaire. Dira-t-on qu'il est brightique ou destiné à le devenir l'ataxique qui, après une séance de pendaison, reste albuminurique pendant deux heures ? Les sujets examinés au hasard par Finod qui, après des efforts prolongés, ont une albuminurie transitoire légère, sont-ils des brightiques ? Il y a des albuminuriques qui ne deviennent jamais brightiques. Mais ici, il y a des catégories à établir : 1° Albuminuries légères *a minima*, de Talamon ; 2° Albuminuries résiduales survivant à des néphrites infectieuses ; 3° Albuminuries matinales du rétrécissement mitral.

A côté relevons deux types bien intéressants : (*a*) L'albuminurie intermittente cyclique prégoutteuse ou des enfants de goutteux. (*b*) L'albuminurie prétuberculeuse dont les caractères sont bien significatifs et que M. Arnozan vient de fixer nettement.

M. Talamon n'a pas traduit bien exactement ma pensée en me les faisant considérer comme bénignes ; elles sont plutôt graves. Elles peuvent annoncer une invasion granulique ; ce qu'il y a de grave, c'est l'imprégnation de l'organisme par la tuberculine et c'est le prélude d'une albuminurie chronique.

J'insisterai davantage sur l'albuminurie cyclique des enfants d'arthritiques, ou prégoutteuse ; c'est la plus discutée, je puis en affirmer la bénignité intrinsèque. J'ai pu suivre 29 de ces sujets pendant plus de 13 ans ; tous survivent. Parmi eux, on trouve 4 femmes qui se sont mariées et n'ont pas eu d'accidents éclamptiques pendant leur grossesse. Il ne s'agit dans ces cas ni d'albuminurie minima ni d'albuminure résiduale. Ce ne sont pas des brightiques.

L'albuminurie intermittente cyclique des jeunes sujets est remarquable par son cycle diurne précédé d'élimination exagérée de matières colorantes et suivi d'uraturie et d'azoturie ; je ne parle pas de l'absence de cylindres dont la signification a beaucoup perdu de sa valeur actuellement ; mais j'insiste sur l'augmentation constante de la toxicité urinaire et l'abaissement momentané de la pression artérielle au moment de la période d'albuminurie.

Je maintiens énergiquement l'existence du type clinique et sa signification pronostique bénigne, car les faits qu'on m'oppose ne me paraissent reposer ni sur un nombre assez imposant d'observations ni sur des recherches anatomiques assez précises et suffisamment longtemps prolongées. Mais il serait également exagéré de prétendre que de pareils sujets ne deviendront jamais brightiques ; ce sont des uricémiques et, à ce titre, ils ont le droit de faire à l'âge mûr de la néphrite goutteuse, mais ils ne sont pas davantage prédisposés.

En ce qui concerne la pathogénie, j'admets toutes les controverses ; j'ai émis autrefois cette hypothèse que le foie, dont la suractivité fonctionnelle existe chez le goutteux et ses descendants, semblait devoir être mis en cause du fait de cette émission exagérée de matières colorantes, d'acide urique, d'albumine et d'urée ; mais je déclare trouver très ingénieuse l'hypothèse de M. Arnozan qui, constatant que dans un cas l'albumine répond à la période de toxicité maxima de l'urine suivant Ch. Bouchard, pense que l'émission des substances toxiques est susceptible d'irriter l'épithélium rénal et de donner naissance à un catarrhe spécifique se traduisant par l'élimination d'une nucléo-albumine. C'est un point fort intéressant que les recherches chimiques ultérieures se chargeront d'élucider. Mais semblable hypothèse fut-elle vérifiée dans l'avenir nos conclusions n'en seraient pas modifiées, car elle n'impliquerait aucunement le diagnostic de néphrite et un pronostic par cela même plus sévère.

Albuminurie des diabétiques. — Ce type d'albuminurie est particulièrement fréquent ; je le trouve indiqué dans mes notes 64 fois pour cent diabétiques examinés et suivis J'apporterai quelques documents personnels à son sujet, car je considère qu'il y a lieu de réagir un peu contre le pessimisme de nos collègues MM. les rapporteurs ; c'est encore faute de n'avoir pas assez souligné les divisions et les types cliniques qu'il existe sur ce point quelques divergences d'opinion ; j'ai en partie exposé mes opinions à ce sujet dans l'excellente thèse de mon ancien interne, le

(1) Voir *France Médicale*, n°s 33, 34 et 35.

Dr Sallès (Lyon 1895), où j'ai proposé la classification suivante : Il faut diviser l'albuminurie des diabétiques en : 1° albuminurie alternant avec la glycosurie (20 0/0) ; 2° en albuminurie concomitante (40 0/0) et 3° en albuminurie substitutive (4 0/0) ; mais ce dernier pourcentage est inférieur à la réalité, la moitié des cas compris dans le second groupe évoluant naturellement vers ce dernier type.

a) *L'albuminurie alternante* est l'albuminurie des diabétiques gras et à glycosurie faible ; cette albuminurie est le plus souvent légère, de moyenne intensité et le plus souvent influençable par le régime ; elle résulte souvent d'ailleurs de la suralimentation azotée à laquelle on a trop fréquemment l'habitude de soumettre ces diabétiques. Elle n'a aucune gravité pronostique et ne prédispose ni à la cataracte, ni à la tuberculose pulmonaire.

b) *L'albuminurie concomitante*, dont Sallès a reproduit trente observations de ma collection personnelle, est la plus fréquente ; j'en possède une centaine de cas parmi lesquels la moitié a évolué vers le brightisme, quelle que soit la lésion réalisée (néphrite interstitielle, lésion d'Armani ou autre). Ici le pronostic est toujours délicat et met en jeu, pour l'établir, la sagacité du praticien : il faut tenir compte surtout, pour en déterminer la valeur, de l'influence du régime, de l'état du cœur et de la tension artérielle, des caractères généraux des urines et de l'absence ou de la présence des troubles fonctionnels susceptibles de trahir l'insuffisance de la glande rénale. Peut-être les cas avec absence de réflexe patellaire seraient-ils plus sérieux : c'est un point à rechercher bien que quelques faits déjà recueillis nous fassent pencher déjà pour l'affirmative.

c) Quant à *l'albuminurie substitutive*, c'est la néphrite interstitielle avec les accidents de l'urémie à brève échéance le plus souvent, absolument comme dans les cas de néphrite aiguë développés dans l'évolution du diabète, et signalés par M. Talamon.

Si l'on cherche maintenant les conclusions pratiques qui peuvent se dégager de tous ces faits, il faut se demander tout d'abord quelle devra être la conduite du praticien en présence de cas semblables, quand il sera consulté sur ces graves questions de l'admission aux écoles, de l'assurance sur la vie ou du mariage. La réponse, en pareil cas, est infiniment délicate : j'ai vu réformer, à son grand chagrin, un jeune soldat albuminurique ayant, par influence goutteuse, quatre frères ou sœurs dans les mêmes conditions (une de ses sœurs vient d'avoir son second enfant sans le moindre accident) ; j'ai vu refuser à l'assurance, pour se conformer au règlement actuellement en cours, des sujets albuminuriques cycliques, alors qu'on admet sans difficulté des adultes ayant eu des pleurésies ou des attaques de rhumatisme articulaire qui n'ont laissé que des souffles inorganiques dits anémiques, alors que ces souffles extra-cardiaques trahissent une localisation endocardiaque (Potain) avec plus de certitude peut-être que l'albuminurie passagère indique pour certains une inflammation rénale. J'ai vu enfin déconseiller le mariage, sous prétexte d'éviter des crises d'éclampsie qui ne se seraient jamais produites. Il y a là des exagérations réelles ; et si le rôle du médecin est de prévoir, il est sage aussi de ne pas dépasser la mesure. La néphrite est, sans conteste, un vice rédhibitoire ; mais les albuminuries intermittentes ?

On sera très réservé, sans doute, sur l'avenir des albuminuries à minima, ou des albuminuries résiduales : ici il y a eu néphrite, et il subsiste une épine susceptible de se réveiller et de provoquer le retour de poussées inflammatoires plus graves. Cependant, si l'on constate chez les sujets qui en sont affectés un état permanent dans lequel l'albuminurie diurne persiste à un taux fixe que ne modifient ni le régime, ni l'exercice, ni la fatigue, ni les affections intercurrentes ; si la toxicité urinaire est normale, l'état général bon, le rythme cardiaque pur, on peut être moins sévère, accepter au service militaire et à l'assurance, permettre le mariage. L'abstention, au contraire, est légitime dans les cas d'albuminurie matutinale habituellement symptomatique d'un rétrécissement mitral latent, ou d'une poussée de tuberculose imminente

Quant à l'albuminurie cyclique, type Pavy, aussi bien que l'albuminurie passagère des gens dits bien portants, il y a lieu d'être très large, surtout quand les malades ont de bons antécédents personnels et ne comptent pas des brightiques dans leurs ascendants. En concluant de la sorte, je crois tirer de l'analyse exacte et indépendante des faits les enseignements qu'ils comportent et conclure conformément aux données rigoureuses de l'observation clinique qui reste dans l'espèce le juge souverain.

M. Bar (Lyon). — Je ne crois pas que dans l'albuminurie brightique on puisse baser le pronostic sur l'état fonctionnel du rein ; autant vaudrait, dans les affections de l'appareil respiratoire, prendre la dyspnée pour criterium. Ce qui est important comme pronostic, c'est bien plus la cause qui modifie l'état fonctionnel des reins que cet état lui-même. Ce qui est important à connaître, c'est tout ce qui peut renseigner sur les modalités du processus dont le rein est le siège. Ce qui domine tout c'est l'inflammation. On peut être renseigné, quoi qu'on ait dit, par les cylindres, par leur nombre, leur volume, leur aspect. Ils sont nombreux et opaque lors que l'affection est aiguë ; au fur et à mesure qu'elle s'atténue ils deviennent clairs et transparents.

Sur quelques cas de nucléo-albuminurie pure. — M. Schmidt (Nancy). Dans cette question des albuminuries, il importe beaucoup plus que certains auteurs le pensent de tenir compte de la variété d'albumine éliminée par l'urine. J'ai recherché l'albumine dans l'urine de soixante-cinq enfants, âgés de neuf à quinze ans, appartenant à la classe aisée, placés dans de bonnes conditions hygiéniques, soumis à un même régime, aux mêmes exercices et présentant tous les caractères d'une santé parfaite ; j'en ai trouvé sept dont l'urine contenait de l'albumine. De ces sept, il y a lieu d'éliminer deux albuminuriques vulgaires (sérinuriques) à la suite d'une scarlatine remontant à quelques mois.

Les cinq autres n'ont jamais eu de maladie infectieuse, aucun antécédent néphritique personnel ou héréditaire ; leurs urines, normales d'ailleurs au point de vue de la quantité, de la toxicité, de la constitution chimique (avec cependant une légère exagération habituelle des urates et des phosphates), et des éléments figurés, contiennent une quantité d'albumine faible d'ailleurs, en général inférieure à 50 centigrammes par litre (urines totales), bien que dans telle ou telle émission il y en ait 3, 4, 5 gr. 0/00 et même davantage. Albumine intermittente, diurne, mais se montrant à des moments très variables, sans que la station, la marche, les exercices physiques ou intellectuels, l'alimentation aient eu une influence sur l'apparition de l'albumine : aucun ne présente le cycle de Teissier, mais l'émission albu-

mineuse est habituellement précédée de l'émission d'une urine chargée de carbonates et de phosphates. Cette albumine présente au point de vue chimique, les variétés d'une nucléo-albumine, sans trace d'autre matière albumineuse.

Dans deux autres cas il s'agit encore de nucléo-albuminurie pure; chez une jeune femme qui, depuis quinze ans, chaque fois à la suite d'une émotion morale vive, voit survenir les manifestations suivantes : accidents nerveux, suppresion menstruelle, accès de chlorose aiguë, nucléo-albuminurie intermittente passagère : deux grossesses et une atteinte grave d'influenza dans l'intervalle de ces crises n'ont eu aucune action sur l'urine et ne se sont accompagnées d'aucun accident fâcheux ; — chez une fillette qui plusieurs mois de suite présente, à des intervalles réguliers, avec des douleurs sacrées et ovariques une nucléo-albuminurie intermittente qui cesse dès que la menstruation s'établit d'une façon définitive. Enfin deux jeunes épileptiques voient chaque crise d'épilepsie suivie d'émission d'une urine albumineuse, nucléo-albuminurie passagère, qui cependant se prolonge deux ou trois jours après la crise quand l'état de mal persiste.

Cette nucléo-albuminurie est-elle un fait constant dans les albuminuries intermittentes, périodiques, nerveuses, ou dans quelqu'une de leurs variétés; c'est un premier point à élucider. Quant à la pathogénie de cette nucléo-albuminurie pure, je ne saurais admettre qu'une transformation inflammatoire, une mue épithéliale des tubuli suffise à l'expliquer dans les cas que j'ai observés ; j'admets, et j'espère arriver à le démontrer expérimentalement, que cette nucléo-albuminurie n'a rien à faire avec une altération rénale, qu'elle dépend exclusivement d'une modification de la crise sanguine, due elle-même à un trouble de nutrition, à une destruction globulaire, à des variations de l'hématopoïèse se produisant dans des conditions particulières qu'il reste à déterminer.

Bains d'air chaud dans l'albuminurie. — M. Carrieu (Montpellier). L'emploi des bains d'air chaud dans le traitement des albuminuries est très ancien mais délaissé de nos jours. Nous les préférons aux bains de vapeur qui ont de nombreux inconvénients (congestions, sudation irrégulière) et aux bains chauds qui ne produisent pas de sudation. La peau est, en effet, un émonctoire important par lequel s'éliminent bien des matériaux solides et beaucoup de toxines. La sudation produite par le bain d'air chaud soulage donc le rein en dirigeant vers une autre voie une partie des principes qu'il doit éliminer et qui viendraient l'encombrer. De plus, l'application de la chaleur au tégument externe a pour effet de régulariser les échanges, tout comme les autres excitations (frictions à la brosse, au gant de crin) et les albuminuriques sont souvent des malades chez lesquels les combustions se font mal, sont déviées du type normal.

Le bain d'air chaud remplira deux indications capitales : il allègera le rein par la sudation abondante et régularisera les échanges organiques. La façon de donner ce bain est les plus simples : un lit d'hôpital avec cerceau pour soutenir les couvertures, un fourneau à l'alcool avec tuyau se rendant sous les couvertures en font les frais. Le malade est mis dans le lit, la tête hors des couvertures, pouvant ainsi respirer à l'air libre, et on le laisse dans un air chauffé à 40° durant vingt minutes. Cette opération est répétée tous les quatre jours en moyenne.

Les effets physiologiques immédiats sont : une sensation de chaleur qui n'est nullement désagréable, une sudation abondante, accompagnée d'accélération du pouls (20 pulsations de plus en moyenne) et d'élévation thermique (1° à 2°). La respiration n'est nullement embarrassée, le malade respirant à l'air libre. Il n'y a aucun accident, sauf quelques palpitations et de la céphalée dans les premières séances. Ces effets sur la température, la sueur et le pouls persistent une heure après le bain.

Les effets thérapeutiques sont marqués par la modification des urines : la quantité diminue le lendemain du jour du bain ; le surlendemain de la polyurie passagère apparaît (jusqu'à 1000 cc.) il semble que le rein reposé la veille fonctionne avec plus de facilité. La densité suit une marche inverse, fait à prévoir. L'urée ne subit guère de modifications. L'albumine diminue fortement de quantité le lendemain du bain, augmente plus tard mais sans revenir au chiffre antérieur, ce qui produit peu à peu une diminution persistante et même la disparition complète.

Ces bains sont indiqués dans les cas de néphrite subaiguë et chronique épithéliale, proscrits au contraire dans les formes vasculo-conjonctives. Ils sont contre-indiqués lorsqu'il co existe de l'artério-sclérose, du nervosisme ou des lésions cutanées. Ce travail est appuyé sur sept observations.

Traitement du rhumatisme par les applications locales de salicylate de méthyle. — MM. Lannois et Linossier (Lyon) ont les premiers proposé de faire pénétrer par l'épiderme le salicylate de méthyle et ils ont indiqué la valeur de cette méthode dans le traitement du rhumatisme articulaire. Dans leur première communication, ils avaient surtout en vue le côté théorique relatif à l'absorption par la peau des médicaments qui possèdent la propriété d'émettre des vapeurs à une température peu élevée. Au point de vue clinique, le salicylate de méthyle a été employé par eux dans différents cas de rhumatisme (aigu, subaigu, déformant, blennorragique) et dans divers autres cas de douleurs périphériques (névralgies, névrites des tuberculeux, etc.

Dans tous ces cas, le salicylate de méthyle a une action des plus nettes sur la douleur qu'il fait disparaître en un temps variable et pour une durée plus ou moins longue suivant les cas et amène la guérison en quelques jours.

Le salicylate de méthyle doit être employé dans les cas où, pour une cause quelconque, on désire obtenir une action locale et lorsque les médicaments habituels du rhumatisme sont mal tolérés par l'estomac. Il agit bien dans le rhumatisme articulaire aigu, mais il ne doit être employé dans ce cas que si l'ingestion des médicaments a échoué, en raison des difficultés de son application sur des articulations douloureuses. Au contraire, dans les formes subaiguë et chronique, dans les poussées douloureuses qui se produisent de temps à autres dans les diverses variétés du rhumatisme déformant, l'absorption sur place du salicylate de méthyle agit aussi bien que l'absorption des médicaments salicylés et lui est souvent supérieure,

Application des rayons Rontgen aux sciences médicales. — MM. Barthélemy et Oudin. Les auteurs font l'historique en France et à l'étranger de la photographie à travers les corps opaques. Après avoir rendu hommage a l'auteur de cette importante découverte, ils signalent la part qu'ils ont prise à sa diffusion en France et les perfec-

tionnements dus à d'Arsonval, Chappuis, Champon, Colardeau, etc. Les auteurs présentent ensuite un grand nombre de photographies embrassant dans leurs variétés les faits les plus divers de la photographie chirurgicale et médicale (fractures, luxations, corps étrangers, malformations, tuberculose de la colonne vertébrale, des os de la main, etc., coxalgies, tumeurs blanches, rhumatismes, syphilis, arthropathies trophonévrotiques, acromégalie, myosite ossifiante, etc.). Cette exposition de pièces à l'appui suffit par elle-même pour démontrer les progrès réalisés de janvier à juillet et les services déjà rendus font prévoir ceux qui seront rendus par ce nouveau mode d'investigation à toutes les branches des sciences médicales : médecine, chirurgie, anatomie, médecine légale, constitution des corps et même thérapeutique.

Après avoir exposé leurs premières photo-électographies dans lesquelles le squelette seul laisse une empreinte détaillée, les auteurs présentent les plus récentes dans lesquelles, à côté des os parfaitement venus, on peut distinguer nettement là des faisceaux musculaires jusqu'à leurs insertions; ici des tendons; là même les ongles et les os par derrière. Ces faits permettent d'espérer que bientôt on pourra à volonté et avec résultats très pratiques s'attaquer directement et avec succès aux parties molles et aux lésions des viscères. Les auteurs consacrent ensuite une grande partie de leur communication à exposer leur pratique et les détails techniques des procédés qui leur ont mieux réussi. Il insistent sur l'importance capitale des intensités et tensions électriques sur les constantes et le rendement de la bobine. Les résultats varient aussi avec la forme, la construction, le degré de vide du tube. C'est ainsi que le tube-focus de Thompson, par exemple, doit être appliqué de préférence aux organes profonds et aux masses musclées de l'adulte, tandis que le tube de Collardeau donne des épreuves très remarquables par la finesse de leurs détails et doit être réservée pour les extrémités de l'adulte (pour voir les tendons des fléchisseurs) et pour les organes des enfants.

Dans tous les cas, le temps de pose est maintenant, grâce au perfectionnement des procédés, si réduit qu'il n'est plus qu'une gêne, mais non plus une impossibilité pour les infirmes, les grands malades, les enfants, les idiots, et tous ceux qui ne peuvent rester longtemps immobiles.

D'après les auteurs, la radiographie Rœntgen seule jusqu'ici a donné des résultats utilisables en médecine, à l'exclusion des appareils fluorescopiques ou des photographies ordinaires faites d'après des images fluorescentes dont ils n'ont jamais pu se servir avec avantage.

L'angine de poitrine brightique. — M. Rondot. Au cours des néphrites subaiguës ou chroniques on observe assez fréquemment de grands accès d'*angor pectoris* liés à l'insuffisance urinaire. Le syndrome *angor pectoris* comporte souvent comme élément surajouté une tachycardie arythmique indépendante de toute altération cardio-vasculaire appréciable. Ces accès s'amendent et disparaissent sous l'influence du traitement de l'insuffisance urinaire.

Un cas de réinfection syphilitique. — M. Fourrier. cite un cas de deuxième syphilis survenue 15 ans après la première.

M. Barthélemy. M. Fourrier n'a pas fait d'inoculation du chancre. Par conséquent son observation n'est pas absolument probante. D'ailleurs la réinoculation de la syphilis ne paraît pas admise en France ; dans toutes les observations, on avait affaire à des affections syphiloïdes ou à des affections tertiaires.

Evolution de la fièvre typhoïde. — M. Bernheim. Voici les conclusions principales de cette étude :

1° Le type normal de la fièvre typhoïde, tel qu'il est décrit par Wunderlich, évolution en trois septénaires, n'est pas le plus fréquent (période d'augment 3 à 4 jours, période d'état jusqu'au 12 ou 14e jour, période de déclin 5 à 6 jours).

2° A côté de ce type qu'on peut conserver comme schéma il faut mentionner : la fièvre typhoïde avec raccourcissement de la période d'état ou fièvre typhoïde abortive. La fièvre typhoïde avec prolongation de la période d'état ou fièvre typhoïde prolongée. Dans le premier cas l'évolution microbienne avorte; les lésions des plaques de Peyer se résolvent sans s'ulcérer. Dans le second l'évolution microbienne ne se fait pas d'une pièce, mais par poussées successives ; comme l'anatomie pathologique le démontre, les diverses lésions ne sont pas contemporaines ; les unes sont ulcérées ou cicatrisées, quand les autres sont à la phase d'hyperplasie. La période d'état peut ainsi se prolonger pendant plusieurs semaines, la fièvre typhoïde peut, comme l'érysipèle, procéder par poussées successives.

3° Quand une nouvelle évolution microbienne recommence alors que la première est en voie de régression, que la température se relève et fait un nouveau plateau, alors que défervescence était déjà en train, il s'agit d'une recrudescence.

4° Quand la première évolution est tout à fait terminée qu'une seconde a lieu, quand la température se relève fait un nouveau cycle alors que le premier était achevé, que l'apyrexie et les symptômes de la convalescence étaient marqués depuis un ou plusieurs jours, ou même depuis quelques semaines, il s'agit d'une rechute.

5° Prolongation de la période d'état, recrudescence, rechute, correspondent à un même phénomène : évolutions subintrantes, successives, consécutives, des germes typhiques. Le nombre des rechutes dans la fièvre typhoïde est très fréquent; je les ai trouvées dans un quart des cas, en réunissant recrudescences et rechutes, dans un tiers des cas. Ces rechutes peuvent être abortives ; d'autrefois elles sont longues et graves. Les formes abortives peuvent être suivies de rechutes prolongées et même mortelles. La bactériologie en montrant la persistance du bacille typhique pendant plusieurs mois après la convalescence dans l'économie, dans une vésicule biliaire (Dupré), dans une lésion ostéopériostique (Orloff) , dans le pus d'abcès, etc., confirme les vues cliniques sur la fièvre typhoïde que je professe depuis une vingtaine d'années. Les bacilles typhiques évoluent successivement, ne se détruisent que lentement; certains échappent à la consommation typhique et survivent, prêts à créer de nouvelles poussées. On voit souvent 2 ou 3 rechutes, même 4, survenir successivement, après des périodes d'apyrexie de quelques jours à quelques semaines.

6° Les rechutes typhiques peuvent être purement thermiques sans autres symptômes, comme si les germes n'agissaient plus sur les organes que comme pyrétoxines. Les rechutes thermiques pures peuvent se prolonger pendant des semaines; ou bien elles ne durent qu'un ou trois peu de jours, figurant des poussées abortives de microbes retardataires.

7° L'évolution thermométrique typhique peut aussi se prolonger ou être suivie, après une période d'apyrexie, par une fièvre irrégulière, quelquefois seulement vespérale, sans localisation constatable. Cette fièvre peut être due à une infection secondaire, staphylococcie ou streptococcie atténuée, qui peut durer des semaines et finir par s'éteindre. Les infections secondaires se rencontrent après la fièvre typhoïde comme après l'influenza.

8° La période, dite amphibole, de Wunderlich, n'est pas, à proprement parler, une période. Toutes les complications si fréquentes, surtout dans le 3e septénaire, hémorragie, pneumonie, escarre, myocardite, accélération, paralysie du cœur, etc., déjà pendant le premier septénaire, épistaxis, pneumotyphus, etc., ou pendant la convalescence, escarres furoncles, infections secondaires, peuvent altérer la courbe régulière de la fièvre typhoïde.

Traitement de la fièvre intermittente parfaite à quinine, à rechutes, à transformation et à dégradation successive des types, chez les enfants. — M. Treille, d'Alger. La fièvre intermittente parfaite à quinine, à rechutes, à transformation et à dégradation successive des types, relativement rare chez l'adulte, est encore plus rare chez les femmes et surtout chez les enfants. Ceux-ci ne sortent pas, la nuit, le long des oueds (rivières) et ne peuvent ainsi être atteints par le microbe — encore inconnu, mais dont on peut se faire facilement une idée nette — qui cultive sur les alluvions et se développe à la faveur de l'humidité nocturne dans une période très courte de l'été. Il faudra, au printemps ou à l'automne, des conditions toutes particulières et très favorables au développement du germe pyrétogène pour que les femmes et les enfants comme les adultes puissent exceptionnellement contracter ce germe de fièvre, pendant le jour, le long des alluvions.

Dans une période de 27 ans, en Algérie, je n'ai soigné que quelques enfants, peut-être pas 6, de cette affection. Mais chez les enfants, même tout jeunes, de moins de 2 ans, cette fièvre intermittente, tout en les secouant violemment, est aussi *periculi expers* que chez l'adulte et justifie entièrement une fois de plus l'adage si vrai d'Hippocrate : *Febres, quocunque modo intermiserint, quod sine periculo sint significant.* Elle ne se transforme donc ni en fièvre dite pernicieuse, ou continue ou rémittente, elle ne crée pas la cachexie dite paludéenne, pas plus que la mégalosplénie durable (toutes infections d'un autre ordre). On l'arrête au jour qu'on veut, et pour 5 jours au moins, avec une dose unique, convenable, de sulfate de quinine (ou un sel similaire), appropriée à la nature du type, donnée au début de l'accès, l'accès attaqué n'étant en rien influencé par la quinine.

Chez un enfant de 22 mois, appartenant à une excellente famille, le plus jeune que j'ai soigné jusqu'à ce jour, j'ai attaqué la fièvre contractée, en octobre dernier, le long d'un petit ruisseau récemment curé, seulement au début du 6e accès constaté : les 2 premiers à type tierce, les 4 derniers à type double tierce, avec une dose de 25 centigrammes de chlorhydrate de quinine dans un peu de café noir bien sucré. C'est le même sel que j'ai ensuite donné à 2 rechutes suivantes, soit au 1er accès de rechute (traitement occasionnel) soit en laissant passer 2 accès avant d'attaquer. Puis j'ai fait usage du chlorhydro-sulfate à dose unique de 25 centigrammes administré de la même manière, avec un égal succès, sauf une fois où l'enfant avait mangé peu de temps avant de prendre la quinine, ce qui a entraîné des vomissements immédiats et l'inefficacité de la dose que j'ai reprise en laissant d'abord passer l'accès suivant. Il n'y a eu que 6 rechutes et 8 doses en tout (y compris l'attaque du début) de quinine données. Au bout de 3 mois il y a eu guérison définitive. En dehors des accès, l'enfant suivait son régime ordinaire. Je n'ai employé aucun adjuvant, absolument comme chez l'adulte.

C'est la dose de 25 centigr. de chlorhydro-sulfate, se excellent, que l'on peut adopter pour les enfants de 2 à 10 ans, quitte à augmenter de 5 centigr. de 2 en 2 accès en cas d'inefficacité. On pourrait, si l'on avait à traiter des enfants plus jeunes, se conformer à la méthode que j'emploie pour la quarte : commencer par 5 centigr. et augmenter de même quantité de 2 en 2 accès jusqu'à obtention de la dose efficace. Inutile de dire que l'on doit éviter toute cause débilitante et proscrire rigoureusement les vomitifs et les purgatifs.

L'influence de la menstruation sur l'excrétion de l'acide urique. — M. Ed. Laval, médecin militaire, montre l'influence que peut exercer sur l'excrétion de l'acide urique la menstruation. Le second jour de l'établissement des règles, au moment où l'écoulement est le plus accusé, apparaît une diminution brusque de l'acide urique dans les urines. Le lendemain, le taux se relève un peu pour, le jour suivant, dépasser le taux normal de l'excrétion. Ensuite cette excrétion reprend son cours régulier. L'effet produit par l'écoulement menstruel sur l'excrétion de l'acide urique est donc assimilable à celui que produirait une véritable hémorragie et il ne revêt aucun caractère particulier redevable aux phénomènes d'activité génitale qui se passent dans l'organisme de la femme à ce moment.

MEMENTO PRATIQUE

Noix vomique et strychnine chez les enfants. — J. Comby. *Médecine moderne*, 28 mars 1896, n° 26. — La noix vomique et la strychnine, étant des poisons convulsivants, conviennent avant tout aux états de dépression, d'atonie, de paralysie du système nerveux, quels qu'en soit la cause et le mode. La strychnine a été préconisée également dans les névroses même convulsives, comme l'épilepsie et surtout la chorée. Néanmoins il faudra s'en abstenir dans les convulsions, dans l'éclampsie infantile et dans tous les cas où l'excitabilité nerveuse semblera exagérée.

La strychnine trouve encore son indication dans les maladies du cœur, à la période d'asystolie, s'il y a tendance au collapsus cardiaque ; puis dans l'asthénie pulmonaire, provenant soit d'une pneumonie, d'une broncho-pneumonie, d'une congestion pulmonaire active ou hypostatique ; dans les catarrhes broncho-pulmonaires de la fièvre typhoïde, de la rougeole, de la coqueluche, quand tout indique une paralysie du poumon avec menace de syncope et d'asphyxie ; et enfin dans la dilatation des bronches, l'asthme ou l'emphysème pulmonaire.

Il est aussi une petite affection locale, fréquente dans l'enfance, qui peut indiquer la strychnine en injections sous-cutanées : c'est le prolapsus rectal.

Quant à la noix vomique, elle rend tous les jours des services dans les maladies du tube digestif, dans la dyspep-

sie chronique, caractérisée par l'atonie et la dilatation de l'estomac, dans la dyspepsie secondaire des tuberculeux et des cachectiques, dans l'atonie intestinale avec constipation. D'autre part, la gastralgie, les douleurs vives de l'estomac ou de l'intestin seront des contre-indications.

Pour l'usage externe, on peut se servir de pommade, de liniments à la teinture de noix vomique ou à la strychnine à 1 30.

Si on veut administrer à l'intérieur la noix vomique, on utilisera la poudre, laquelle administrée dans une cuillerée d'eau sucrée sera facilement ingérée. On donnera au maximum un centigramme de noix vomique par jour et par année d'âge, en ne continuant pas au delà de dix jours.

La teinture de noix vomique sera prescrite toujours diluée dans une petite quantité d'eau sucrée pour éviter l'action irritante sur l'estomac.

Si on donne un centigramme de poudre de noix vomique par année d'âge, il ne faudra pas plus d'un milligramme de sulfate de strychnine (sel le plus usité). Il ne faudra jamais dépasser, suivant l'âge, 5, 10, 15 milligrammes, en tâtant préalablement la susceptibilité des sujets, et en surveillant de très près les effets physiologiques.

En résumé, la noix vomique et la strychnine, dont l'administration prudente n'offre aucun danger, peuvent rendre de très grands services dans les maladies de l'enfance.

En cas d'empoisonnement accidentel, il y aurait lieu, après les tentatives d'évacuation de l'estomac par le vomitif ou la sonde, de prescrire les narcotiques et les sédatifs du système nerveux (chloral, bromure de potassium, éther, chloroforme) en n'oubliant pas que le véritable antidote de a strychnine est le curare dont l'emploi thérapeutique est exceptionnel.

INTERÊTS PROFESSIONNELS

Projet de code déontologique, élaboré par MM. Wibo et Borginon à la *Fédération médicale belge.*

I. — *Devoirs des médecins envers le corps médical.*

1. — Les médecins se doivent aide et protection mutuelles. Ils feront bien de se réunir en associations régionales plus ou moins étendues, suivant la facilité des communications et la fréquence des relations confraternelles. Le médecin qui, sans raisons très sérieuses, refuse d'entrer dans le cercle de sa circonscription, manque aux lois de la bonne confraternité.

2. — La défense des intérêts et prérogatives du corps médical auprès des pouvoirs publics exige la constitution d'un organisme central auquel les Cercles locaux ont le droit de s'affilier. En Belgique, cet organisme est représenté par la *Fédération médicale belge.*

Les raisons alléguées par un médecin qui s'abstient d'entrer au syndicat de sa circonscription seront considérées comme non avenues si le praticien en question refuse de s'associer à tout autre Cercle affilié à la Fédération.

3. — Les statuts des sociétés, cercles, syndicats régionaux et les règles déontologiques admises par ces associations, devront être de nature à entretenir la bonne confraternité et à maintenir l'exercice de l'art de guérir dans les voies utiles au bien public et conformes à la dignité de la profession; ils ne pourront être en contradiction réelle avec les principes généraux énoncés dans le présent Code.

4. — L'affiliation à la Caisse de prévoyance et de secours du Corps médical belge constituant à la fois un bon placement d'argent et un acte de bonne confraternité, les médecins feront bien de s'affilier à cette utile et tutélaire institution. Des raisons très sérieuses pourront seules les dispenser de cette obligation morale.

II. — *Devoirs envers les confrères en particulier.*

5. — En toutes circonstances, les médecins s'inspireront de ce principe : *Agissez envers les confrères comme vous désirez que les confrères agissent envers vous.*

6. — Nul médecin ne doit, sous quelque prétexte que ce soit, visiter clandestinement un malade traité par un confrère.

7. — Le médecin ne doit entrer dans une maison que s'il y est convié directement par la famille.

8. — Tout médecin appelé auprès d'un malade en traitement doit se borner, à défaut du médecin traitant, à donner les soins réellement urgents. Il s'abstiendra de toute réflexion sur la médication suivie.

9. — Il ne devra continuer à voir le malade que s'il est appelé de nouveau en consultation ou avec l'assentiment du médecin traitant.

Dans le cas où le malade ou la famille, malgré les remontrances du médecin appelé en second lieu, persiste à le demander, le nouvel appelé proposera une consultation si l'état de forutne du patient le permet; dans le cas contraire, il n'acceptera qu'après avoir prévenu le médecin ordinaire et s'être assuré que celui-ci a été remercié. Il est inadmissible que deux médecins voient parallèlement un malade sans se consulter.

Le médecin ordinaire ayant été rappelé, s'il s'aperçoit que l'on désire une consultation, il n'a pas à la déconseiller et, si on lui laisse le choix du consultant, il proposera celui qui l'a remplacé.

10. — Si plusieurs médecins sont appelés à peu près simultanément, en cas d'accident, par exemple, le médecin ordinaire du patient ou de sa famille, ou celui qui aura été désigné par eux pourra le revendiquer comme client. Si le patient ou sa famille n'a pas de médecin ordinaire connu et n'en désigne aucun, le premier arrivé se chargera du traitement.

11. — Le médecin appelé d'urgence chez un malade non en traitement, mais dans une famille pourvue d'un médecin ordinaire, peut donner les secours immédiatement nécessaires, mais il ne continuera ses soins ultérieurement qu'à la demande expresse de la famille. Il fera bien d'ailleurs de prévenir son confrère.

12. — Quand une consultation est demandée soit par le malade, soit par la famille, le médecin ordinaire ne doit chercher ni à l'empêcher ni à la différer, mais l'accepter de bonne grâce; si la famille désigne le consultant, le médecin traitant doit l'admettre quelle que soit son apparente infériorité comme âge, grade, situation, etc., pourvu que son honorabilité personnelle et professionnelle soit indiscutable et qu'il n'ait pas été exclu du Syndicat régional.

13. — On ne doit jamais accepter une consultation plus ou moins dissimulée avec une personne qui exerce illégalement l'art de guérir.

14. — En cas de consultation, les médecins se feront un devoir d'arriver exactement à l'heure convenue; le médecin

nsultant s'abstiendra rigoureusement d'examiner le ma-
le en l'absence de son confrère. Toutefois, si le médecin
itant est en retard de plus de vingt minutes sans avoir
né d'avis ou d'explication préalable, et si le médecin
nsultant n'habite pas la localité, ce dernier aura le droit
procéder seul à l'exploration du malade, sauf à trans-
ttre par écrit à son confrère ses observations et ses con-
sions thérapeutiques. Il s'abstiendra, auprès de la
hille, de toute observation relativement à la médication
érieure.

5. — Le médecin appelé en consultation doit éviter soi-
usement tout geste ou toute parole de nature à nuire au
decin traitant.

6. — La consultation sera secrète et aura lieu entre
decins seuls, à l'exclusion de toute personne étrangère.
es résultats en seront communiqués à la famille au
n des médecins qui y ont pris part.

7. — Le traitement convenu est appliqué par le médecin
itant; c'est à lui qu'appartient l'exécution des opérations
pansements décidés, à moins qu'il ne préfère en charger
confrère.

8. — Le consultant ne doit pas revenir dans la maison
l'absence du médecin traitant, auquel il lui est interdit
succéder dans le courant de la même maladie — à moins
le médecin traitant ne l'y invite ou l'y autorise formel-
ent.

9. — Le médecin qui remplace un confrère (villégiature,
ladie, etc.), se comportera toujours avec la plus extrême
icatesse : il évitera avec le plus grand soin tout ce qui
urrait avoir pour but ou pour résultat de s'attirer la
ntèle de celui qu'il remplace. Dès que le confrère absent
empêché reprendra l'exercice de sa profession, ses clients
seront remis avec les renseignements indispensables
r la continuation du traitement.
i un malade exprime le désir d'être traité ultérieurement
le remplaçant, celui-ci ne peut accepter que le rôle de
lecin consultant adjoint au médecin remplacé.
e remplaçant ne peut succéder au médecin remplacé,
s toutes les maisons où il est entré pour compte de ce
nier, qu'après un temps à déterminer par les Cercles
aux et en tout cas après l'époque habituelle du règlement
honoraires.

). — Les questions d'honoraires feront l'objet d'un
rd amiable entre remplaçant et remplacé. La façon la
convenable et la plus confraternelle pour le remplacé
quitter sa dette envers le remplaçant est de remplacer
ernier à son tour avec le même dévouement et la même
catesse pendant le même temps.

. — Le cabinet du médecin est un terrain neutre où
eut donner une consultation à tous les malades qui la
andent, sauf le cas de l'article 18. Il va de soi que le
ecin ainsi consulté ne se permettra jamais ni une obser-
on ni un geste de nature à nuire à un autre médecin.

. — Le médecin qui ouvre un ou plusieurs cabinets de
ultation en dehors de sa résidence pour faire une sorte
médecine ambulante contrevient aux lois de la dignité
la bonne confraternité.

s policliniques et les bureaux de consultation gratuite
hospices, bureaux de bienfaisance, etc., ne peuvent être
és qu'à condition de recruter leur clientèle exclusive-
parmi les vrais pauvres. Les associations régionales sont compétentes pour apprécier à cet égard les règlements et le fonctionnement des susdites institutions gratuites.

Les chirurgiens qui opèrent gratuitement, dans un but de réclame, des malades riches logés à cet effet dans les « salles payantes » des hôpitaux, font acte d'indélicatesse professionnelle et contreviennent aux lois de la saine philanthropie, car ils donnent aux riches ce qui revient aux pauvres.

23. — Les médecins refuseront d'assurer le service médical de collectivités, sociétés de secours mutuels, etc., dont les statuts, tarifs d'honoraires, etc., seraient incompatibles avec la dignité professionnelle.

24. — L'appréciation des statuts, tarifs, etc., des mutualités, collectivités, administrations de bienfaisance, etc., est du ressort des Cercles locaux, sauf intervention de la Fédération quand il s'agit d'administrations centrales.

25. — En cas de vacature ou de création d'un emploi de médecin au service d'une administration publique ou d'une collectivité, la concurrence ne pourra s'établir sur le taux des honoraires.

26. — En cas de vacature d'un emploi, si le suppléant ou l'adjoint du titulaire décédé ou démissionnaire sollicite la place vacante, la bonne confraternité exige que ses confrères ne se mettent pas en concurrence avec lui, du moins si ce candidat, nommé par l'administration compétente, a rempli les fonctions d'intérimaire *cum spe sucessionis* et si son honorabilité est d'ailleurs à l'abri de toute contestation.

27. — Il n'est permis à aucun médecin d'abuser de ses relations et influences politiques ou autres, pour se faire octroyer cumulativement plusieurs emplois rémunérés, à moins qu'il ne soit seul médecin dans la localité ou seul candidat à l'obtention de ces places.

28. — Le médecin qui sollicite ou accepte un emploi dans une commune autre que celle de sa résidence, alors que dans cette commune est domicilié un médecin auquel on refuse la place en question — pour des raisons étrangères à l'honneur personnel ou professionnel, manque aux lois de la bonne confraternité.

29. — Il n'est permis à aucun médecin de faire ou de provoquer des démarches quelconques pour se substituer à un confrère.

30. — Les médecins militaires ne rechercheront pas la clientèle civile ; ils ne prendront donc point de patente, n'ouvriront pas de cabinet de consultation et ne pratiqueront, en dehors de l'armée, qu'en consultation ou à la demande d'un médecin civil. Cette interdiction ne s'applique pas aux soins désintéressés donnés à des parents ou à des amis.

31. — Le médecin se doit à lui-même et doit à ses confrères de faire rémunérer ses soins d'une façon convenable et digne.

32 — Le règlement des détails pour tout ce qui concerne les honoraires est de la compétence des associations régionales ; il est du devoir des membres de se conformer scrupuleusement à cet égard aux décisions de leur Cercle.

33. — D'une façon générale, l'évaluation des honoraires aura pour bases la nature, le degré de gravité et la durée de la maladie, l'état de fortune du malade, la situation professionnelle du médecin, le travail effectué et l'importance du service rendu. Le médecin pourra aussi, jusqu'à un certain point tenir compte du succès obtenu.

34. — Le médecin ne réclamera jamais d'honoraires pour

soins donnés à un confrère ou à sa famille habitant sous le même toit.

34 *bis*. — Les médecins engagés dans la politique observeront en toutes circonstances les plus grands égards envers leurs confrères, aussi bien pendant les périodes électorales qu'au sein des assemblées délibérantes.

III. — *Devoirs envers le public et les pharmaciens.*

35 — Le médecin sera instruit, dévoué, patient, honnête, discret, compatissant.

36. — Il ne dévoilera jamais les secrets dont il est dépositaire, sauf en consultation avec d'autres médecins et quand l'intérêt du malade l'exige.

37. — Il parlera le moins possible de ses malades à des tierces personnes.

38. — Il sera affable envers les pauvres, se gardera d'une obséquiosité servile envers les riches et soignera les uns et les autres avec le même dévouement.

39. — Dans les cas graves et difficiles, il demandera un consultant qui prendra sa part de responsabilité.

40. — Il ne fera pas d'opérations dans un but exclusif de lucre ou de réclame ; chaque fois que l'indication d'une opération paraîtra se présenter, il en pèsera soigneusement les avantages et les inconvénients et prendra ensuite la détermination qu'il croirait devoir prendre s'il s'agissait d'un membre de sa plus proche famille.

41. — Le médecin fuira la réclame comme la peste : pas d'annonces même déguisées dans les journaux, pas d'*interviews*, pas de circulaires, pas d'affiches, etc. Il se gardera d'inscriptions charlatanesques sur sa porte, la façade de sa maison, etc.

42. — Il ne prescrira pas de remèdes secrets ni de spécialités dont la composition qualificative ou quantitative est inconnue.

43. — Il se gardera d'envoyer des attestations élogieuses aux vendeurs de spécialités qui, en les publiant, le rendent complices de leurs réclames.

44. — Il ne couvrira jamais de son diplôme les exploiteurs quels qu'ils soient.

45. — Ses ordonnances seront claires, lisibles et conçues en termes tels que tous les pharmaciens puissent les exécuter. Il se gardera de conclure une association d'intérêts avec un pharmacien. A moins d'indignité notoire d'un pharmacien, il n'en exclura aucun et n'en recommandera pas davantage. Il s'abstiendra de critiquer le mode de préparation ou le prix des médicaments en présence de personnes étrangères à la médecine.

46. — Le médecin ne s'immiscera pas sans nécessité réelle dans l'exercice de la pharmacie et ne pratiquera le cumul que dans les conditions du *compromis médico-pharmaceutique de 1868*.

Ce projet est pris en considération. Il sera donc imprimé, envoyé à tous les membres qui auront naturellement le droit d'amendement. M. le Président invite les délégués à stimuler le zèle de leurs sociétés respectives, afin qu'elles mettent ce projet à l'étude sans tarder et qu'elles fassent connaître de bonne heure les amendements qu'elles se proposent d'y apporter.

(*Presse médicale belge.*)

VARIÉTÉS

Le banquet Gibert

Le 25 juillet dernier, la Société médicale des Bureau bienfaisance offrait un banquet, au restaurant Ledoyen Dr E. Gibert, secrétaire général honoraire et ancien p dent de la Société, à l'occasion de sa nomination de m bre du Conseil de surveillance de l'Assistance publiqu

Malgré la saison avancée, malgré l'organisation hâ se trouvaient réunis, autour du Bureau actuel, un ce nombre de membres de la Société, parmi lesquels MM Drs Machelard, de Pietra Santa, MM. les Drs Garnier, lon, Dusseaud, anciens présidents, M. le Dr Chevalle ancien secrétaire général adjoint, M. Beaudouin des Sa chef de division à l'administration générale de l'Assist publique, membre libre, M. Castinel, etc.....

M. le Dr Le Coin, secrétaire général, donne lecture lettres d'excuses qui lui ont été adressées ; parmi cell une lettre de M. Peyron, directeur général de l'Assist publique. Toutes portent, avec les regrets de ne po participer au banquet, l'empreinte d'une profonde sy thie pour notre collègue E. Gibert.

Au dessert, la série des toasts s'ouvre par l'allocutio M. le Dr Machelard, un des doyens de la Société, un d fondateurs :

Discours de M. le Dr Machelard

Messieurs et chers collègues,

C'est avec une bien vive satisfaction que je me retr au milieu de mes anciens et de mes nouveaux collègue banquet destiné à fêter une récente période dans l'évol de notre société des bureaux de bienfaisance, à savoir mission, depuis si longtenps et si ardemment réclamé l'un de ses membres dans le sein du conseil géné l'Assistance publique, ce banquet, dis-je, me rappelle cel 11 novembre 1893 qui a eu pour moi des conséquen imprévues et si importantes : c'est alors que, grâce à la heureuse initiative du docteur Commenge, ma candi pour une distinction, qui n'est guère prodiguée dans rangs, a pris naissance et qu'elle a été adoptée par l'ens de la société et surtout par les membres du bureau sont associés aux démarches actives de notre Président raire et de notre secrétaire général ; c'est à cet ens d'efforts que je dois l'heureux résultat obtenu à la l'année 1894. Aussi, depuis cette époque, je ne cesse p me considérer comme le débiteur perpétuel de la soci il est de mon devoir dans cette circonstance de vous d un nouveau témoignage de la persistance de mon inalté reconnaissance. A cette occasion je ne puis m'empêc regretter l'absence du Directeur général de l'Assistan blique qui avait fait un accueil si favorable à ma ca ture, mais, à son défaut nous avons l'honneur de p un membre éminent de son administration et je pri sieur Beaudoin des Salles de vouloir bien se rend interprète auprès de Monsieur Peyron.

Quelle belle qualité que la persévérance ! Comme bien avisé en se montrant fidèle à ses inspirations ! récente victoire en est une nouvelle preuve Quel ex choix que celui du Docteur Gibert ? L'honneur d'être premier membre titulaire dans le Conseil de surveilla l'assistance publique lui revenait à tous les égards ;

frère est un vétéran qui a occupé successivement tous grades du bureau et qui s'est montré à la hauteur de cun d'eux. Il a une parfaite connaissance de tous les oins de nos divers services et nous pouvons compter il contribuera largement à leurs projets.

u début de mon allocution j'ai parlé du passé de la iété ; tout à l'heure je vous entretenais de son état uel qui est devenu si satisfaisant: je pense qu'il est con- able de ne pas négliger l'avenir et de lui donner une me place dans nos souhaits. La distinction qui m'a été ordée remonte aujourd'hui à plusieurs années, aussi il semble très légitime d'avoir parmi nous une nouvelle didature et de hâter de nos vœux sa réussite Au premier g, au nombre des anciens, se montre le Docteur Le Coïn i ne cesse pas de nous donner des preuves multiples de zèle. Par leur durée, ces services se rapprochent beau- ip des miens, ils leur sont même supérieurs car ils sont uels tandis que les miens appartiennent à un passé venu lointain.

Et d'ailleurs, s'il manquait quelque chose aux titres de tre excellent confrère ne seraient-il pas aujourd'hui avan- geusement complétés par la belle ordonnance et le menu distingué de notre banquet.

Je bois au présent de la Société au nom du Dr Gibert et on toast à l'avenir s'adresse au Dr Le Coin.

DISCOURS DU Dr de PIETRA SANTA

Messieurs, ayant l'honneur et le privilège — très peu en- able du reste — d'être l'un des doyens des membres noraires de votre Société, je lève mon verre à la santé *vir bonus, probus et sapiens* que vous fêtez dans tte charmante réunion de famille.

Vir bonus. M. le Dr Gibert l'a été dans toutes les phases sa modeste et utile carrière : dévoué pour les déshérités la fortune, bienveillant pour ses confrères, cœur d'or ur ses amis malgré ses apparences réservées et médita- ves.

Vir probus. A une époque de scepticisme, de laissez-faire *d'emballement,* dans cette vaste course au clocher de aces et de positions lucratives, il est resté l'homme de bnégation et du devoir.

Vir sapiens. Après avoir médité à fond les problèmes ujours si complexes de l'art médical et de la science sani- ire, il a su, en toute circonstance, les poser sur le terrain s applications pratiques, et les jeunes confrères et col- gues — auxquels j'envoie ici un salut amical — pourront ouver dans les archives de la Société le texte même des ngues et sérieuses discussions pour établir sur des bases lides *l'étude de la morbidité,* étude autrement fructueuse our le médecin praticien que celle de la statistique mortuaire vec ses oscillations perpétuelles, avec ses inconcevables ifférences lorsqu'au cours d'une épidémie les chiffres sont ecueillis à l'Hôtel de Ville, au ministère de l'Intérieur, à la Préfecture de police.

La morbidité d'une population au contraire est un fait récis, certain, parceque les chiffres sont recueillis dans haque quartier de la capitale par ceux-là même qui sont ournellement aux prises avec toutes les classes de la ociété.

Heureux, Messieurs, les Sociétés savantes qui ont la onne fortune de compter dans leurs rangs une série de résidents et de secrétaires généraux de l'envergure des Passant, des Commenge, des Gibert, des Chevallereau, des Le Coin, sans oublier le bureau actuel MM. Pradel, Séailles etc.

Les relations amicales que j'ai eues avec M. Gibert, datent de loin ; une seule fois il m'a causé une déception et un chagrin, c'est le jour où pour se consacrer entièrement à la Société médicale des bureaux de bienfaisance, il s'est éloigné de ma chère Société française d'hygiène.

Et cependant, en la créant avec le Dr Passant, notre pensée maîtresse avait été de vous considérer comme un rouage essentiel, indispensable même, de ce mouvement d'idées modernes, un trait d'union devait joindre ces deux sociétés animées du désir de faire le plus grand bien possible avec les seules ressources d'un travail assidu, du bon vouloir et de l'indépendance professionnelle de tous ses membres.

Dès sa sortie du port, la barque fragile qui portait la Société française d'hygiène et sa fortune s'est vue assaillie par les flots conjurés de l'hygiène officielle et par les vents déchaînés de la centralisation et du fonctionnarisme; toutefois, grâce au dévouement de ses habiles pilotes, le navire a pu gagner la haute mer, et là, toutes voiles dehors, porter aux confins des deux océans le drapeau de la science sanitaire française avec notre fière devise:

Laboremus pro Patria

Si je me permets de vous rappeler ces souvenirs, c'est pour pouvoir vous dire à tous en premier lieu que nous serons toujours heureux et fiers de vous ouvrir nos rangs, en second lieu pour engager les jeunes travailleurs à prendre part au concours de cette année.

Du rôle de l'hygiène au XXe siècle, par l'instruction et l'éducation des masses!

C'est là, croyez-le bien, l'avenir qui est réservé à cet art et science sanitaires que nos voisins d'outre manche — que nous avons précédés dans la voie de l'hygiène théorique, mais qui nous ont dépassés dans celle des applications pratiques — appellent la *sanitation*! et à la formule antique : *salus populi suprema lex*, il importe de substituer l'adage plus actuel : *aide-toi, le ciel t'aidera*, car il repousse bien loin l'ingérence de l'Etat. L'Etat providence, ou l'Etat collectiviste soit-il quel beau titre, en effet, que celui de Société des bureaux de bienfaisance! Quels enseignements il comporte dans la marche de la civilisation!

Ce n'est plus la charité chrétienne avec son passé glorieux; c'est le droit à l'assistance de toute créature humaine, droit imprescriptible, qui rehausse les âmes faibles et défaillantes, qui fait avancer le progrès social à travers les sentiers épineux de la politique, qui affirme dans toute sa splendeur le rôle que la providence a, de tout temps, assigné à notre cher et beau pays de France!

DISCOURS DE M. DE PRADEL

Messieurs, c'est une vraie fête de famille qui nous réunit aujourd'hui autour de cette table. Un des membres de la grande famille des médecins des pauvres — famille très nombreuse puisqu'elle réclame comme siens tous les malheureux qu'elle a le devoir de soigner et de soulager — vient d'être nommé membre du conseil de surveillance de l'Assistance Publique.

Si nous fêtons, aujourd'hui, la nomination de notre collègue le docteur Gibert — l'un des membres les plus dignes de la grande famille dont nous parlons — à ces importantes fonctions, c'est que nous attachons à cette nomination un ens qu'il est bon de nous rappeler ; c'est que nous voyons,

dans un avenir prochain, tout le bénéfice que nos malades pourront tirer de la présence, au sein de cette assemblée, d'un médecin connaissant leurs misères et leurs besoins; c'est que nous sentons, aussi, qu'il est temps que le corps des médecins des Bureaux de Bienfaisance de Paris, que représente avec tant de dignité notre collègue, soit, enfin, ugé à sa valeur et autrement que sur des légendes.

C'est dans cet esprit et avec la plus grande confiance dans le succès de sa mission que nous levons notre verre en l'honneur du Dr Gibert.

Il nous est très agréable, Messieurs, d'unir, dans notre toast, au nom de notre collègue, avec toute l'autorité qu'il porte avec lui, le nom de M. le Directeur général de l'Assistance publique. Vous avez entendu dans quels termes bienveillants et sincères, M. Peyron s'excuse de ne pouvoir assister à ce banquet.

Nous prions M. Baudoin des Salles, le très sympathique chef de la Division des Secours, qui est des nôtres, et qui fait, lui aussi, partie de la grande famille dont nous parlions tout à l'heure à tous les titres, même au titre de membre de notre Société, de vouloir bien dire à M. le Directeur général combien nous regrettons son absence, combien nous regrettons surtout de ne pouvoir le remercier lui-même de la réelle sympathie qu'il nous a témoignée, de l'aide qu'il nous a apportée dans les circonstances qui nous réunissent autour de cette table.

J'ai dit que nous formions une grande famille et je vois ici deux des doyens de cette famille, doyens que nous aimons et que nous respectons pas seulement à cause du privilège de l'âge, mais parce qu'ils réunissent en eux, avec toutes les meilleures traditions, les meilleures probités de l'esprit et du cœur.

Je ne saurais mieux terminer ce toast, messieurs, qu'en vous priant de lever vos verres avec moi, à la santé des Drs Machelard et de Pietra Santa.

Discours de M. Baudoin des Salles.

Messieurs, vous m'avez fait le grand honneur de m'admettre dans votre Société en qualité de membre libre. — Je profite de cette première réunion pour vous remercier de ce témoignage de sympathie.

Messieurs, pendant de longues années les médecins des Bureaux de bienfaisance revendiquaient un siège au Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

Grâce à vos efforts et à votre persévérance, grâce à l'appui de notre directeur général M. Peyron, qui a chaleureusement plaidé votre cause devant l'autorité supérieure, vous avez enfin obtenu satisfaction.

M. le Dr Gibert qui ne compte que des amis parmi tous ceux qui le connaissent, M. le Dr Gibert qui par son dévouement aux malades de l'Assistance publique s'est rendu si populaire dans l'arrondissement, M. le Dr Gibert, secrétaire honoraire et ancien Président de votre Société, était tout naturellement désigné au choix de l'Administration pour représenter les médecins de l'Assistance médicale au Conseil de surveillance.

C'est avec une grande satisfaction que j'adresse à M. le Dr Gibert, mon camarade de jeunesse, mes plus vives félicitations.

Discours de M. Gibert

Mes chers collègues, M. Baudoin des Salles, appréciant avec trop d'indulgence mes années de présence au Bureau de bienfaisance, et les quelques services rendus à la Société, depuis que j'ai l'honneur d'en faire partie (services bien m destes si je les compare à ceux que la Société a reçus mes prédécesseurs, que j'ai cherché à imiter : Machela Passant, Commenge, etc., et si je pense au dévouement membres actuels du bureau), vous m'avez mis en tête d' liste de trois noms (mes deux confrères au moins aussi m ritants que moi), pour que l'administration y choisisse représentant des médecins attachés aux secours à domici je vous remercie et je ferai tous mes efforts pour justi votre confiance.

M. le Directeur de l'Assistance publique et M. le pr de la Seine ont accepté vos propositions, lorsque le déc de réorganisation les laissait absolument libres de l choix, sans présentation; je leur en suis très reconnaiss et pour la Société et pour moi, car j'ai déjà pu appréc l'autorité, la science, et l'esprit d'humanité avec lesqu sont étudiées et résolues les questions si intéressantes e variées présentées par M. le Directeur de l'Assistance p blique au Conseil de surveillance : on peut être fier d'u pareille réunion sans se dissimuler les difficultés qu'il y pour y tenir dignement sa place et coopérer à cette gran œuvre de l'Assistance publique.

Je bois au succès de notre Société, à ce que tous les m decins attachés aux secours à domicile en fassent partie, s que leurs vœux, leurs observations y seront reçus et a puyés après une étude impartiale qui s'inspirera toujours notre but :

L'amélioration de toutes les parties du service des secou médicaux à domicile et le maintien de l'honneur de la p fession.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 31 ju let 1896, ont été nommés chevaliers : MM. les Drs Coff médecin en chef de l'hospice civil de Quimper; Goug maire de Ploërmel (Morbihan); Barbe-Guillard, médecin chef de l'asile d'aliénés de Léhon (Côtes-du-Nord); Joube maire de Saint-Domineuc (Ille-et-Vilaine).

Distinctions honorifiques. — Par arrêté ministériel, date du 27 août 1896, ont été nommés officiers d'Académ MM. les docteurs Courtin et Moure (de Bordeaux), et L tourbe (de Paris).

Récompenses honorifiques. — Par arrêtés en date d 20 et 25 juillet 1896, le ministre de l'Intérieur a décerné d médailles d'honneur et des mentions honorables aux pe sonnes ci-après désignées, en récompense du dévouem dont elles ont fait preuve au cours de diverses épidémi qui ont sévi dans les départements d'Alger et de Consta tine, en 1893, 1894 et 1895 :

Médaille d'or. — M. le Dr Treille, médecin de la pris civile d'Alger.

Médailles d'argent. — MM. les Drs Chassaigne, médec de colonisation à Châteaudun-du-Rhumel, et Martin, att ché à l'hôpital civil de Constantine; MM. Goinard, Ma rin, Nesmes et Rouquet, internes à l'hôpital civil de Mu tapha; Poli, interne à l'hôpital civil de Bône.

Médailles de bronze. — M. le Dr Ammar, médecin su pléant à l'hôpital civil de Bône; M. Avon, interne à l'hôpit de Mustapha; M. Cabanes, interne à l'hôpital de Mustaph M. Léonard, infirmier à l'hôpital de Mustapha; M. Side nterne à l'hôpital de Mustapha.

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Bouchard est dispensé du service des examens pendant l'année scolaire 1896-1897.

Un congé est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Grancher, professeur de clinique des maladies des enfants, pour le premier semestre de l'année scolaire 1896-1897.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le Dr Rodet, chef des travaux de médecine expérimentale, est chargé d'un cours de bactériologie pendant l'année scolaire 1896-1897.

Bureaux de bienfaisance. — Par arrêté ministériel, en date du 5 août 1896, M. le Dr Brochon, médecin du Bureau de bienfaisance du 20e arrondissement, est réinstitué dans ses fonctions pour une période de trois années à partir du 1er janvier 1896, date de l'expiration du temps pour lequel il avait été institué.

École de médecine navale de Bordeaux : Les candidats dont les noms suivent sont admis à concourir pour l'École de Bordeaux :

A Toulon : MM. Adam, Amigues, Augé, Bellile, Bernard, Bougenot, Bonis, Bourret, Bourges, Brengues, Erdinger, Favalelli, Gallet de Santerre, Garcin, Imbert, Lamoureux, P. Le Noir, Monier, Morucey, Nicollet, Noc, Peraldi, Ch. Plomb, Pouthiou, Ribot, Rolland, Tiché, Trautmann, Viala.

A Brest : MM. Balcan, Blanc, Caboureau, Carel, Cau, Cousyn, Ely, Étienne, Fichet, Gravot, Gronié, Guiot, Lerandel, Le Feuntrin, Le Gouaille, Le Hardy, Le Maout, L. Le Noir, Lesson, Lonjarret, Lorans, Lucas, Margery, Martin, Piouffle, Sibiril, Stapfer.

Sur la durée d'action du sérum antidiphtérique. — M. Proust vient de faire au Congrès d'hygiène publique la communication suivante.

J'ai reçu de M. le Préfet de police la lettre suivante :

« Monsieur le Professeur,

« J'ai l'honneur de vous communiquer ci-joint une lettre de M. Lenormand, officier de santé, qui signale la mauvaise qualité du sérum antidiphtérique déposé chez les pharmaciens par suite de la date déjà ancienne de sa préparation.

« Je vous serais très obligé de vouloir bien me faire connaître votre sentiment à ce sujet.

« Agréez, Monsieur le Professeur, l'assurance et ma considération distinguée. »

Voici maintenant la teneur de la lettre de M. Lenormand :

« Monsieur le Préfet,

« J'ai l'honneur de vous informer que le jeune M.... demeurant chez ses parents, à Paris, est actuellement atteint de diphtérie et je vous prie de vouloir bien donner des ordres pour qu'il soit procédé à l'enlèvement des linges et autres objets.

« Je profiterai de la circonstance pour demander à Monsieur le Préfet, s'il lui serait possible de remédier à la mauvaise distribution du sérum de Roux dont on ne trouve que des flacons ayant deux ou trois mois de date et partant inutiles, sinon nuisibles. Certains pharmaciens affectent même de n'en point vouloir « avoir d'avance ». Cet état de choses est tout à fait préjudiciable à la situation des enfants malades. Il serait possible, je crois, de faire chaque mois, à jour fixe, dans un même quartier, une distribution de sérum frais en remplacement des flacons de date ancienne qui seraient encore entre les mains des pharmaciens. On éviterait ainsi aux familles une course toujours longue à la rue Dutot, et quelquefois même impossible à certaines heures, et de plus on soulagerait l'enfant au moins trois heures plus tôt.

« Daignez agréer, Monsieur le Préfet, l'hommage de mon profond respect. »

Pour répondre aux observations de M. Lenormand, je ferai remarquer qu'aujourd'hui il semble bien établi que le sérum antidiphtérique conserve son activité pendant au moins cinq ou six mois.

C'est donc à tort que le sérum de deux ou trois mois est qualifié de sérum « inutile sinon nuisible ».

J'ajouterai que l'Institut Pasteur subtitue, sans aucuns frais, du sérum nouveau au sérum qui semblerait présenter la moindre trace d'altération, le moidre trouble.

Les pharmaciens ne doivent conserver aucun flacon suspect. Ils sont d'ailleurs soumis à l'inspection.

Enfin, si le Conseil d'hygiène jugeait utile de réglementer d'une façon plus complète le renouvellement des flacons de sérum, il y aurait lieu de prier M. le Préfet de police de saisir de la question M. le Ministre de l'Intérieur qui a institué dans son département une commission spéciale consultative pour l'étude des sérums.

Inauguration du monument Quesnay. — Le monument élevé à Méré (Seine-et-Oise), à la mémoire du chirurgien François Quesnay, médecin ordinaire de Louis XV, et qui fut secrétaire perpétuel de l'Académie de chirurgie, a été inauguré dimanche en présence de MM. Gentil, préfet de Seine-et-Oise, Allain-le-Canu, président de la Société populaire de Montfort-l'Amaury, Dr Boutet, président du conseil d'arrondissement, etc. Encore que ce soit à l'économiste plus qu'au médecin qu'il s'adresse, nous ne pouvons nous dispenser d'enregistrer l'hommage rendu, — un peu tardivement, — à l'un des nôtres. Des nôtres, il en fut et le resta, jusqu'au bout, et on pourrait faire le reproche de l'avoir trop oublié dans son discours à M. Fernand Bourgeat, inspecteur des Beaux-Arts, que le ministre de l'Instruction publique avait délégué pour apporter aux promoteurs de la cérémonie les félicitations et les remerciements du gouvernement et à M. Allain-le-Canu, président du comité, la promesse des palmes académiques.

François Quesnay était le fils d'un avocat parisien qui s'était retiré, pour s'y livrer à l'agriculture, à Méré, près de Montfort-l'Amaury. Il naquit en 1694. On raconte qu'à douze ans il ne savait pas lire encore, et qu'il apprit à épeler, sous la direction du jardinier paternel, dans la Maison rustique, de Liébault. Mais sa mère, femme d'une raison virile et d'un esprit supérieur, se chargea de son éducation philosophique. Il apprit seul le latin et le grec, suivit les leçons d'un chirurgien du village, vint fréquenter comme élève l'Hôtel-Dieu, se fit connaître par une réfutation du livre de Silva sur les saignées. Chirurgien de campagne, il serait resté dans l'obscurité sans un hasard.

Un jour on l'appela pour soigner une dame de la cour en proie à une attaque d'épilepsie. Il eut la discrétion de taire la vérité et de dire autour de lui, en ordonnant un calmant : « Ce n'est rien, qu'une crise de nerfs ». Madame de Pompadour, qui savait le mystère, s'attacha l'homme précieux qui dissimulait si bien et le donna pour médecin à Louis XV. Ce rustique, vrai paysan du Danube, transporté tout-à-coup au milieu de la cour la plus dissolue qui fut jamais, n'y perdit pas la tête. Il ne devint point courtisan, resta gêné, gauche... et sincère même devant le roi.

— Pourquoi cet embarras en présence de Sa Majesté qui est si bonne pour vous ? lui demanda un jour la Pompadour :

Il fit cette réponse :

— Je ne suis pas à mon aise devant un homme qui, s'il le voulait, pourrait me faire couper la tête!

Et bien innocemment, Quesnay travaillait justement à faire couper la tête au petit-fils de son maître ! C'est chez lui en effet que se réunissaient « les philosophes » pour discuter sur le phénomène de la richesse et de la production, pour ébaucher l'étude des grandes questions sociales dont 1789 crut trouver la solution.

C'est donc plus qu'une gloire de village que ce précurseur, et Méré a bien fait de placer son image sur sa place publique. Le monument est l'œuvre du sculpteur Étienne Leroux, l'auteur des statues de Jeanne d'Arc, de Rachel, de Démosthènes. L'artiste n'a pas flatté son modèle, et s'en est tenu aux indications de Sainte-Beuve qui affirme que Quesnay ressemblait à un singe. (*Rev. Méd.*)

Le syndicat des médecins de la Seine a adressé à la commission des patentes le résumé suivant des *desiderata* du corps médical :

1° Que la patente des médecins, actuellement fixée au quinzième de la valeur locative, soit dorénavant fixée d'après la valeur des locaux, servant à l'exercice de la profession, en excluant les pièces destinées au logement des femmes et des enfants ; il est injuste d'imposer d'autant plus lourdement celui qui a d'autant plus de charges que sa famille est plus nombreuse ;

2° Comme conséquences le médecin qui a plusieurs domiciles ne sera soumis à la patente que pour le ou les domiciles où il exerce ; l'enregistrement des diplômes donnant seul le droit d'exercer, la double patente ne sera plus imposée à celui qui déclare et prouve ne pas exercer dans chacun de ses domiciles ;

3° Les chevaux et voitures servant à l'exercice de la profession seront considérés comme instruments de travail et non de luxe.

La population de la France. — Les résultats définitifs du dénombrement effectué le 29 mars 1896 sont, à l'heure actuelle, tous connus.

La population constatée en France comme présente le 29 mars 1896 s'élève à 38 millions 228,969 personnes.

Lors du précédent dénombrement, effectué le 12 avril 1891, 38 millions 95,150 avaient été recensées.

L'augmentation sur 1891 n'est donc que de 133,819 personnes,

Cette augmentation est due presque exclusivement à l'accroissement des centres urbains. Les augmentations portent sur vingt-quatre départements.

Les diminutions, au contraire, s'étendent sur soixante-trois départements et sur les communes rurales. Il y a eu parfois diminution dans l'ensemble du département, lors même que la population des villes ou des localités industrielles de ces départements s'est accrue Tel est le cas dans l'Aube, la Charente-Inférieure, la Côte-d'Or, le Doubs, le Gard, la Haute-Garonne, l'Indre-et-Loire, l'Isère, le Loiret, le Maine-et-Loire, la Manche, la Sarthe, la Seine-Inférieure et la Somme.

Les départements où la plus forte augmentation a été constatée sont les suivants : Seine, 197,008; Nord, 72,627; Bouches-du-Rhône, 46,368; Rhône, 40,615; Seine-et-Oise, 38,759; Pas-de-Calais, 34,053; Meurthe-et-Moselle, 21,038; Var, 19,426; Gironde, 18,874; Alpes-Maritimes, 12,558; Vosges, 10,505.

Les treize autres départements dans lesquels l'augmentation de la population est moins sensible que les précédents sont : Corse, Finistère, Hérault, Loire, Loire-Inférieure, Marne, Morbihan, Oise, Haut-Rhin, Saône-et-Loire, Vaucluse, Vendée, Haute-Vienne. Dans ces départements, l'augmentation est inférieure à 10,000 habitants. Dans tous les autres départements, il y a diminution de la population.

Les diminutions les plus sensibles ont été relevées dans l'Orne, 17,060; la Manche, 14,646; le Lot, 14,452; le Calvados, 14,262; la Dordogne, 13,256; le Gers, 13,123; la Haute-Garonne, 12,761; la Mayenne, 12,678; la Haute-Marne, 12,290; l'Yonne, 11,882; l'Aveyron, 11,353; la Nièvre, 10,551; la Côte-d'Or, 10,447.

L'hygiène dans les chambrées. — Le général Poilloüe de Saint-Mars, commandant le 12e corps, vient d'adresser aux colonels des régiments placés sous ses ordres une circulaire où il est dit :

« Toutes les épidémies proviennent de la contamination et de la pourriture des planchers ; les soldats rentrent avec des chaussures souillées de boues et d'immondices; les trottoirs ne sont pas faits pour eux. Ils marchent au milieu des rues et des routes dans les ordures et les crottins; le sol des latrines est imprégné d'urine. Ces chaussures salies transportent tous ces germes sur les planchers. On peut à peine les laver. On obtient exceptionnellement de les coaltariser, et en réalité, les planchers sont les milieux de culture de tous les microbes et germes infectieux. Le meilleur moyen d'approprier les planchers est de ne pas les salir. Maintenant, grâce aux chaussons et galoches, il est possible d'avoir des planchers propres. »

En conséquence, les soldats du 12e corps déposeront leurs brodequins ou souliers de cuir à l'entrée des chambrées, et n'y pénétreront qu'avec des chaussons.

Nécrologie. — Le Dr Ruelle (Henri), de Paris, médecin de l'état-civil, médecin inspecteur des enfants du premier âge, décédé le 24 août à l'âge de 63 ans. Le Dr Wagnier, de Lille, reçu en 1875. — Le Dr Massin, de Pierre-de-Bresse (Saône-et-Loire), décédé à l'âge de 66 ans.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.
CONSTIPATION — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux pur

VIN ARQUD (viande, quina et fer). — Régénérateur puissant pour guérir : **Chlorose, Anémie profonde, Menstruation douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarrhée**

GOUDRON FREYSSINGE
1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites, Catarrhes, Maladies de la Peau, Epidémies. 1 fr. 50 dans les Pharmacies**

PILULES rhéo-ferrées VIGIER spéciales contre la constipation. 1 à chaque repas.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Imp. Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.